

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1926-1927. — N° 114.

---

# Contributions à l'étude des Sigmoidites

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juin 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Marc PONSONNET**

*né à Annonay (Ardèche) le 20 Mars 1898.*



VALENCE

Imprimerie CHARPIN & REYNE

13, Boulevard Bancel, 13

Téléphone 0-27

1927



**Contributions à l'étude  
des Sigmoidites**



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1926-1927. — N° 114.

---

# Contributions à l'étude des Sigmoidites

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juin 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Marc PONSONNET**

*né à Annonay (Ardèche) le 20 Mars 1898.*



VALENCE

Imprimerie CHARPIN & REYNE  
13, Boulevard Bancel, 13  
Téléphone 0-27

1927

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire..... M. H. HUGOUNENQ.  
Doyen..... M. J. LEPINE.  
Assesseur..... M. ROLLET

## Professeurs honoraires

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE. X...

## Professeurs

|                                                          |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cliniques médicales.....                                 | { | MM. BARD.<br>PIC.<br>TIXIER.<br>BERARD.<br>X<br>ROI LET.<br>NICOLAS.<br>LEPINE J.<br>MOURICQUAND.<br>VILLARD.<br>LANNOIS.<br>ROCHET.<br>NOVE-JOSSEBRAND.<br>CLUZET.<br>HUGOUNENQ.<br>MOREL.<br>BRETIN.<br>GUIART.<br>LATARJET.<br>POLICARD.<br>DOYON.<br>COLLET.<br>CADE.<br>PAVIOT.<br>PATEL.<br>ARLOING F.<br>Etienne MARTIN.<br>GOURMONT P.<br>SAVY.<br>LEULIER. |
| Cliniques chirurgicales.....                             |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....              |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Clinique ophtalmologique.....                            |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Clinique neurologique et psychiatrique.....              |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Clinique des maladies des enfants.....                   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Clinique des maladies des femmes.....                    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....                   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....           |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Chimie biologique et médicale.....                       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Chimie organique et Toxicologie.....                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Matière médicale et Botanique.....                       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....        |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Anatomie.....                                            |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Histologie.....                                          |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Physiologie.....                                         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Pathologie interne.....                                  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Pathologie et Thérapeutique générales.....               |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Anatomie pathologique.....                               |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Chirurgie opératoire.....                                |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie..... |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Médecine légale.....                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Hygiène.....                                             |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Thérapeutique, Hydrologie et Climatologie.....           |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Pharmacologie.....                                       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

## Professeurs titulaires sans chaire

|                                              |             |
|----------------------------------------------|-------------|
| Chargé d'un cours de Pathologie externe..... | MM. VALLAS. |
| — — Propédeutique de gynécologie.....        | CONDAMIN.   |
| — — Chimie minérale.....                     | BARRAL.     |
| — — Urologie.....                            | GAYET.      |

## Chargés de cours complémentaires

|                                                     |                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie topographique.....                         | MM. THEVENOT Léon. |
| Puériculture et Hygiène de la première enfance..... | RHENTER.           |
| Chirurgie expérimentale.....                        | TAVERNIER.         |
| Stomatologie.....                                   | TELLIER.           |

## Agrégés

|               |          |                 |                  |
|---------------|----------|-----------------|------------------|
| MM.           | MM.      | MM.             | MM.              |
| GARIN.        | ROUBIER. | DUNET.          | DUFOUR.          |
| TRILLAT.      | FAVRE.   | CHALIER André.  | DUMAS.           |
| SARVONAT.     | BONNET.  | CHALIER Joseph. | GABRIELLE.       |
| FLORENCE G.   | RHENTER. | NOEL.           | MANCEAU.         |
| ROCHAIX.      | MAZEL.   | CHEVALLIER.     | MARTIN (Joseph). |
| CORDIER (V.). | SANTY.   | DEVIC.          | ROCHET (Ph.).    |
|               |          |                 | WERTHEIMER.      |

M. BAYLE, secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BERARD, Président; SANTY, Assesseur.

MM. DUNET et A. CHALIER, agrégés.



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

Je dédie ce modeste travail, faible  
témoignage d'affection et de profonde  
reconnaissance.

A MA SOEUR

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A LA MÉMOIRE GLORIEUSE

DE MES CAMARADES MORTS POUR LA PATRIE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

*Professeur de Clinique Chirurgicale.*

*Officier de la Légion d'Honneur.*

Il nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il veuille croire à l'hommage respectueux de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR X. DELORE

*Chirurgien des Hôpitaux.*

*Chevalier de la Légion d'Honneur.*

Qui nous a inspiré ce travail, nous a guidé, conseillé et que nous ne saurions assez remercier en témoignage de bien vive gratitude.

A MES JUGES

A MES MAITRES

DANS LES HÔPITAUX ET A LA FACULTÉ

## Avant-Propos

---

*Considérée, il y a quelques années comme exceptionnelle, cette affection est, en réalité, assez fréquente pour prendre dans la nosologie chirurgicale une place très importante.*

*En donnant une étude d'ensemble de la question, nous avons visé surtout le point de vue thérapeutique en nous élevant en défenseur de la chirurgie conservatrice dans cette affection et en montrant les heureux effets obtenus par l'anus de dérivation, opération toujours bénigne et suffisante.*

*Avant d'aborder l'exposé des faits qui font l'objet de cette thèse, nous avons à rendre un tribut de gratitude à ceux dont nous tenons notre formation intellectuelle et professionnelle, qu'ils veuillent bien trouver ici l'assurance de notre profonde reconnaissance.*

*Nous remercions vivement nos amis, MM. Jouve et Peycelon, internes des Hôpitaux, qui nous ont aidé de leurs documents pour l'élaboration de cette thèse. Nous n'oublierons jamais l'accueil bienveillant et l'amabilité qu'ils nous ont toujours montré et c'est un bien agréable devoir que de leur exprimer ici nos plus sincères remerciements.*

---



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## Généralités

---

Les sigmoïdes ont été étudiés surtout depuis une trentaine d'années ; les premiers travaux parus sur la question n'admettaient pas, à côté des colites aiguës généralisées, l'existence de lésions inflammatoires localisées à un segment seulement du colon, et dans les cas où ce processus infectieux paraissait irréfutable, on l'attribuait à l'appendicite. Actuellement, on sait que le siège de prédilection de cette localisation est le colon ilio-pelvien : celui-ci s'étend de la crête iliaque à la troisième vertèbre sacrée comprenant ainsi une portion iliaque située au-dessus du détroit supérieur, accessible à la palpation abdominale et une portion inférieure pelvienne.

En 1897, Mayor décrivit le premier l'affection et créa le terme de sigmoïdite ; la même année, Jaboulay, dans la thèse de Régnier, étudia les sigmoïdites suppurées. En 1906, Saillant donna la première étude d'ensemble.

M. Patel (1911) étudia les sigmoïdites perforantes et présenta au Congrès chirurgical de 1913 une étude générale des sigmoïdites.

Bensaude et Cain contribuèrent par leurs travaux

sur les « diverticules de l'intestin » à élucider la pathogénie de cette affection.

A Paris Savariaud (1922-1923), à Lyon MM. Tixier, Villard, Tavernier et Santy (1926) firent des communications du plus grand intérêt à leur Société de Chirurgie respective.

D'après l'étude de l'ensemble de ces travaux, nous réserverons le terme de sigmoïdite à toute inflammation localisée à l'S. iliaque ayant pour point de départ le colon et dûe à la flore microbienne intestinale.

Cette définition que nous proposons est un peu schématique, car il faut reconnaître que les colites généralisées où les lésions sigmoïdiennes sont plus ou moins marquées ne sont que manifestations de la maladie de tout le gros intestin ; que les colites dues à un agent infectieux spécifique ou à une cause organique peuvent donner un tableau clinique analogue : nous voulons nommer les sigmoïdites actinomycosiques, les sigmoïdites post-dysentériques pseudo-néoplasiques (Brun 1922), la tuberculose du sigmoïde, la syphilis du sigmoïde à forme tumorale (Tixier, 1926), les infections perisigmoïdiennes qui n'ont pas leur point de départ au niveau de l'intestin, mais qui sont secondaires à une lésion de voisinage : perisigmoïdite dûe à une appendicite à gauche, suppuration perisigmoïdienne d'origine génitale, enfin les sigmoïdes symptomatiques sus-jacentes à un cancer du rectum.

---

## Pathogénie

---

La sigmoïdite est due aux microbes qui sont les hôtes normaux de la cavité intestinale : le plus souvent le colibacille, plus rarement le stéptocoque ou le staphylocoque.

Pourquoi ces microbes qui se trouvent dans tout l'intestin donnent-ils des infections segmentaires sur le colon ilio-pelvien et pourquoi ces manifestations infectieuses ne se voient-elles que chez quelques individus ?

C'est qu'au niveau de cette partie de l'intestin existent certaines particularités anatomiques et physiologiques expliquant la pathogénie de localisation de l'infection sur ce segment du tractus intestinal :

1° Le colon sigmoïde est le point le plus étroit du gros intestin ; de plus, il présente une irrégularité de calibre (coudure resto-sigmoïdienne) : ce sont là autant de cause favorisant la stase stercorale.

2° Le colon est le réservoir des matières fécales : par leur séjour et leur deshydratation, elles deviennent souvent dures, jouant alors le rôle de corps étrangers ; au moment de la défécation, il se pro-

duit des mouvements péristaltiques et antiperistaltiques violents d'où parfois traumatisme de la muqueuse et ulcération ;

3° Enfin, au niveau de ce segment colique, les diverticules intestinaux sont fréquents, les matières s'y accumulent et là s'exalte la virulence microbienne : ce sont les « cavités closes » de Dieulafoy.

Au point de vue étiologique, la sigmoïdite ne présente rien de bien spécial : elle est plutôt une affection de l'adulte et du vieillard, de plus contrairement à l'opinion classique elle nous a semblé plus fréquente chez l'homme.

---

## Anatomie pathologique

---

A ce point de vue, nous envisagerons :

1° Les *diverticules intestinaux et leurs rapports avec les sigmoïdites* ;

2° Les *formes anatomiques des sigmoïdites*.

1° Les diverticules sont des formations acquises de l'intestin. Très étudiés ces dernières années, nous donnerons un résumé de l'ensemble des travaux parus sur la question.

Anatomiquement, ils se présentent comme des hernies de la muqueuse à travers la musculaire ; ils peuvent exister sur tout l'intestin, mais leur lieu de prédilection est la partie mobile du colon ilio-pelvien où ils se groupent sur une étendue de 10 à 20 cm.

Le plus souvent, ils sont situés sur le bord mésentérique et s'introduisent entre les deux feuillets du meso, on peut les voir sur les faces et les bords libres ou s'enfoncer dans l'intérieur des franges épiploïques. Toujours très nombreux et d'aspect variable ; en général, ils forment de petites saillies vi-

sibles sur la surface extérieure de l'intestin, ou de petites tuméfactions dures, piriformes, peu élevées ou pédiculées. Leurs dimensions sont variables : ils sont parfois très longs (quatre à cinq centimètres).

Si on a l'occasion d'examiner la surface interne ou muqueuse du colon, on aperçoit des ouvertures rondes ou ovales plus ou moins cachées par des replis muqueux ; leurs cavités contiennent souvent des calculs stercoraux.

Leur fréquence est grande : M. Cade (1913) les a trouvés dans une proportion de trente pour cent sur le cadavre.

Ils sont constitués histologiquement par deux variétés :

a) Les unes ne comprennent que la muqueuse doublée de la séreuse : c'est la « hernie tuniquaire » de Cruveilhier, c'est-à-dire une déhiscence de la paroi musculaire à travers laquelle s'engage la muqueuse.

b) Dans d'autres cas, on retrouve ces trois tuniques, mais la tunique musculaire est toujours plus ou moins atrophiée.

Leur pathogénie est très discutée et de nombreuses théories sont en présence : pour les uns, leur origine serait congénitale, d'autres estimeraient que ce sont des diverticules de traction par adhérences péricoliques, enfin l'avis qui prime aujourd'hui les représente comme des diverticules de pulsion, hernies dues à la faiblesse de la paroi et à l'élévation de la pression intestinale.

Le plus souvent, croyons-nous, la sigmoïdite existe sans diverticule : de nombreux cas opérés ou des examens de pièces ne montrent aucun appendice : tels

sont les faits rapportés par Lajoite, en 1922, à la Société de Chirurgie de Paris et ceux de M. Villard à la Société de Chirurgie de Lyon, en 1926.

Rarement l'inflammation a pour point de départ un diverticule. On a dit : « le colon peut être comparé à un cœcum dont les diverticules sont autant d'appendices », du même coup on a assimilé appendicite et diverticulite.

Suivant l'intensité de l'infection, les lésions sigmoïdiennes ou intestinales et perisigmoïdiennes ou péritoneales seront plus ou moins marquées et variables :

a) Lésions inflammatoires aiguës superficielles et légères, à évolution courte.

b) Les lésions chroniques avec masse scléro-lipomateuse donnant souvent une tumeur inflammatoire avec sténose intestinale.

c) Perforation dans des adhérences donnant les abcès perisigmoïdiens.

d) Perforation dans le péritoine provoquant la péritonite généralisée.

2° Au point de vue anatomique, on peut décrire les formes suivantes :

#### A. — SIGMOIDITES AIGUES NON SUPPUREES.

a) *Sigmoïdite aiguë simple* : c'est une endo sigmoïdite aiguë, une colite muqueuse sans réaction péritonéale. Ces lésions sont superficielles ne dépassant pas la muqueuse intestinale ; celle-ci est rouge, d'aspect ecchymotique œdématisée, couverte de mucus ;

l'inflammation de la muqueuse est diffuse et présente des follicules clos gonflés.

On a rarement l'occasion de vérifier ces lésions : ce sont des cas en général où l'on intervient pas, vue leur bénignité ; cependant Bensaude a vérifié celles-ci à la rectoscopie.

b) *Sigmoïdite aiguë avec péricigmoïdite plastique.* Les lésions ont diffusé et le péritoine péricigmoïdien réagit par adhérences. Les chirurgiens sont intervenus dans ces formes où ils ont trouvé un colon pelvien rouge, épais, rigide, cartonneux couvert de fausses membranes ; un meso épaissi, de même couleur, de consistance charnue, induré ; un péritoine péricigmoïdien recouvert d'exsudats fibrineux avec adhérences plus ou moins serrées.

#### B. — SIGMOIDITES SUPPUREES.

Au cours de l'évolution, la suppuration survient, on a une *péricigmoïdite suppurée*, causée par la formation d'un abcès primitivement intrapariétal et diffusant ensuite dans l'atmosphère cellulaire voisine constituant ainsi un abcès au milieu des adhérences péricigmoïdiennes.

Cet abcès est plus ou moins volumineux et contient un pus intestinal fétide, parfois avec matières et calculs stercoraux ; il est logé au contact de l'intestin et se collecte dans les adhérences et fausses membranes péricigmoïdiennes ; leur siège varie, l'abcès peut-être, ou antéro-externe, ou pelvien, ou postérieur revêtant alors deux variétés : soit extrapéritonéale, c'est-à-dire en arrière du colon et du méso,

soit intramesocolique donc entre les deux feuillets du méso.

Le colon est très épais, tapissé de fausses membranes et englobé dans des adhérences. Parfois on a trouvé l'orifice du diverticule perforé dans l'abcès ; ce dernier peut s'ouvrir dans l'intestin, à la peau ou dans la vessie.

#### C. — SIGMOIDITE PERFOREE AVEC PERITONITE AIGUE.

Elle se présente fréquemment : Jaboulay, dans la thèse de Regnier (1897), rapporte les premiers cas, M. Patel (1911) publie vingt-huit cas, M. Tavernier (1911) présente un cas à la Société de Chirurgie de Lyon, Swinghedauw (1926) dit que la perforation de l'anse sigmoïde vient comme fréquence après l'appendicite et l'ulcère de l'estomac.

A l'ouverture de l'abdomen, on a tous les signes de la péritonite aiguë généralisée : liquide séro-purulent et abondant dans le pelvis, fausses membranes, anses rouges vascularisées.

La perforation est de faible dimension, souvent invisible. Les bords sont taillés en biseau ou machés, déchiquetés, gangréneux : il y a sphacèle local, c'est une necrose par les microbes anaérobies. Elle s'ouvre d'emblée dans la grande cavité péritonéale, plus rarement dans un abcès en formation.

#### D. — SIGMOIDITES CHRONIQUES.

C'est une forme fréquente et très particulière. Ici, les lésions sont profondes, frappant toutes les couches de la paroi intestinale ; l'inflammation de la muqueuse passe au second plan par rapport aux lésions péricoliques c'est-à-dire hypertrophie et sclérolipomatose qui sont externes.

##### a) *Sigmoïdite chronique simple.*

Ces lésions sont peu marquées : la muqueuse est blanche, glaireuse ; la paroi intestinale est un peu épaissie, rigide et scléreuse ; le péritoine a des lésions plus ou moins accusées ; des brides fibreuses soudant le colon à la paroi, c'est ce qu'on a nommé parfois « méso-sigmoïdite rétractile », on a de la péricolite exsudative avec infiltration du méso-colon devenu œdémateux.

b) *Sigmoïdite chronique pseudo-néoplasique* : c'est la tumeur inflammatoire sténosante de l'S. iliaque ou le résultat ultime de la sigmoïdite et de la péricolite.

Cette forme est extrêmement intéressante car elle simule à s'y méprendre le cancer. Les « tumeurs inflammatoires » de l'intestin ont été très étudiées :

Gérard-Marchand et Demoulin (1899) décrivent des tumeurs de cette nature sur le segment iléo-cœcal ; Lejars (1904), Cavaillon et Bardier (1907) les signalent.

Mayo-Robson (1908), Cade et Roubier (1913) étudient les tumeurs inflammatoires de l'anse sigmoïde.

Puis les communications se multiplient : Moreau (1923) et M. Cotte (1925) sur les tumeurs inflammatoires du colon ascendant.

MM. Villard, Santy, Tavernier et Tixier (1926) présentent des cas dans cet ordre d'idée.

Les caractères anatomiques de ce genre de tumeur sont les suivants :

C'est une masse véritable, volumineuse, de huit à dix centimètres de long, présentant de la sclérolipomatose sous-séreuse et donnant l'aspect d'un bloc dégraissé.

A la coupe, la paroi est épaisse, dure et cartonnée.

A l'extérieur, la surface est irrégulière.

A l'intérieur, la muqueuse est tomenteuse et non ulcérée (caractère constant), le péritoine voisin est épaissi, des adhérences et des brides l'unissent aux organes voisins (vessie, annexes, épiploons).

En conséquence la tumeur est, ou plus ou moins mobile, ou absolument immobile et fixée ; parfois il faut la sculpter dans les anses grèles voisines.

La *sténose intestinale* est presque de règle, elle revêt deux types :

a) *Rétrécissement annulaire* : bref, épais, en virole (comme le squirrhe) ;

b) *Rétrécissement tubulaire* : plus étendu, on a alors un rétrécissement dû à la sclérolipomatose périsingmoïdienne ou à une gangue cicatricielle enser-

rant le rectum et que Küss (1908) a décrit sous le nom de « rétrécissement péricolique pelvien ».

En somme, macroscopiquement on a toutes les apparences d'un cancer, c'est pour ce motif qu'on en a pratiqué si souvent l'exérèse ; l'examen microscopique seul fait faire le diagnostic.

---

## Étude Clinique

---

Les modalités de l'infection du colon iliaque sont donc multiples, elles sont calquées sur les formes anatomiques.

### A. — SIGMOIDITES AIGUES NON SUPPUREES.

Elle donne un syndrome analogue à celui de l'appendicite aiguë et pendant longtemps, elle fut prise pour une appendicite à gauche.

Le début est brusque par une douleur vive dans la fosse iliaque gauche au-dessus de l'arcade crurale, accompagnée de coliques généralisées ou localisées à gauche avec nausées, vomissements et constipation.

L'atempérature oscille entre 38° et 39°, le pouls est à 100. La palpation réveille la douleur dans la fosse iliaque gauche et montre une certaine contracture pariétale. En général on sent peu de choses : parfois un boudin iliaque douloureux et un léger empâtement.

L'évolution est variable :

a) Dans la *forme aiguë simple* : le plus souvent la crise est de courte durée. Au bout de quatre à six

jours la douleur spontanée ou provoquée diminue, puis l'intestin recommence à fonctionner après une débâcle de matières glaireuses. Elle est due à un engorgement stercoral, donc le traitement médical seul est indiqué.

La résolution spontanée est la règle, mais il faut envisager la possibilité de poussées nouvelles et de sigmoïdite chronique ultérieure.

b) Dans la *forme avec péricolite plastique*, l'inflammation s'étend parfois et se complique de réaction péritonéale, la symptomatologie fonctionnelle est alors plus violente et simule le tableau clinique de l'appendice à gauche : vomissements, constipation absolue.

Au bout de quelques jours apparaissent les signes péritonéaux : on sent un plastron iliaque gauche avec tuméfaction douloureuse diffuse.

Si l'évolution ne se fait pas vers la suppuration, la résorption est alors lente et le plastron disparaît progressivement.

## B. — SIGMOIDITES SUPPUREES :

Ce sont les vraies formes chirurgicales.

En général, il s'agit d'un sujet qui a fait une poussée de sigmoïdite aiguë avec péritonite plastique présentant de la douleur, des vomissements, de la température, un pouls rapide. Puis, malgré le traitement médical, ces signes, au lieu de disparaître s'exagèrent, les phénomènes généraux s'aggravent, le plastron iliaque gauche augmente et change de caractère, il évolue vers l'abcès.

M. Patel (1913) décrit les formes suivantes :

1° *Abcès antéro-externe* : situé au-dessus de l'arcade de Fallope en arrière de la paroi, est caractéristique à l'examen ; on dirait un abcès appendiculaire à gauche. La paroi est résistante, œdémateuse ; la tuméfaction est volumineuse, dure, dépressible, immobile, douloureuse et empâtée ;

2° *Abcès pelvien* : plus difficile à déceler.

En face des signes généraux, on songe à la formation d'abcès : à l'examen de l'abdomen on a peu de choses si ce n'est de la résistance douloureuse dans la fosse iliaque gauche. Le toucher recto-vaginal pratiqué donne la sensation d'une tuméfaction pelvienne douloureuse et empâtée ;

3° *Abcès postérieur* : siège en arrière du péritoine sur la face postérieure du colon iliaque : il est donc extrapéritonéal d'où sa latence. Il peut se manifester par une douleur lombaire vague, sourde, irradiée dans la cuisse. Le malade, en décubitus dorsal, garde la cuisse fléchie. L'examen abdominal est douloureux, mais il n'y a pas de signes péritonéaux : la fosse iliaque est libre.

Au bout de quelques jours, des symptômes attirent l'attention sur la paroi lombaire : douleur à la pression de la partie inférieure de cette région ; au palper bimanuel, on sent une tuméfaction profonde occupant la fosse iliaque, douloureuse et ne ballottant pas.

Les abcès intramésocoliques, d'ailleurs rares, n'ont pas de signes bien nets.

Ces abcès évoluent de façon variable, il y a des formes insidieuses (M. Villard) et des formes occlu-

sives, mais, fait capital, l'abcès ne se résorbe pas, il immigre différemment suivant qu'il est intra ou retro-péritonéal.

a) *Abcès intra-péritonéaux* : le pus tend à se faire jour à la peau dans les abcès antéro-externes ou à se vider dans l'intestin (selles muco-purulentes), rarement dans le vagin, plus fréquemment dans la vessie (on trouve du pus, des gaz et des matières dans les urines, à la cytoscopie on peut apercevoir une fistule vésico-colique), dans le péritoine donnant lieu à une péritonite généralisée.

b) *Abcès retro-péritonéaux* : ils ont peu de tendance à s'ouvrir à la peau de la région lombaire et diffusent plutôt dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; dans la gaine du psoas s'accompagnant de psoïtis, le pus bombe à l'arcade ou immigre en haut dans la gouttière pariéto-colique (abcès sous-thoraciques).

Donc l'évolution spontanée est grave et une complication d'ordre général (phlébite, abcès du foie, pyohémie) est toujours possible.

c) *Sigmoïdites perforantes avec péritonite généralisée.*

Elles surviennent engénéral chez l'adulte, et sont probablement dues à une infection très grave necrosante sur une paroi amincie.

Le tableau clinique est celui de la péritonite classique par perforation (Patel). Le début se fait brusquement par une violente douleur gauche avec contracture accompagnée de tous les signes de péritonite généralisée.

M. Patel a individualisé une forme de péritonite

aiguë typique et une forme de péritonite asthénique où la réaction péritonéale est peu marquée. La mort est fatale.

#### D. — SIGMOIDITES CHRONIQUES.

Elles revêtent une diversité d'allure clinique dont on peut malgré tout isoler schématiquement deux types :

a) *Sigmoïdite chronique simple* : on a des symptômes d'inflammation chronique du colon pelvien : douleur vague, sourde, exagérée par les mouvements, irradiée, phénomènes colitiques (crises dysentériques, alternatives de diarrhée et de constipation, diarrhée matutinale caractéristique selon Boas de l'envahissement de ce segment colique). A l'examen, on palpe un boudin sigmoïde douloureux à la pression. L'évolution est chronique, torpide mais souvent vient se greffer des épisodes aigus avec des crises douloureuses, phénomènes généraux et température.

b) *Sigmoïdite hypertrophique sténosante pseudo-néoplasique*.

Ces formes répondent anatomiquement à ce qu'on a décrit sous le nom de « tumeurs inflammatoires de l'intestin » et réalisent le tableau clinique du cancer compliqué du sigmoïde.

Elles sont caractérisées par deux faits : 1° la *sténose sigmoïdienne* donnant de la subocclusion, c'est-à-dire des coliques douloureuses, une constipation marquée, un péristaltisme léger et du ballonnement ; tout se termine en général par une débacle diarrhéique avec disparition de la douleur et du météo-

risme. Dans l'intervalle des crises, la constipation est tenace, la dilatation du cœcum est manifeste. Ces crises coliques se répètent avec une plus ou moins grande fréquence, fait capital qui attire l'attention sur la présence d'un obstacle au transit intestinal ; 2° en effet la *tumeur* est fréquente et siège dans la fosse iliaque gauche. Elle peut débiter précocement ou n'apparaître qu'un ou deux ans après les manifestations de sténose : c'est un boudin dur, douloureux, « un tube de caoutchouc roulant sous le doigt » dit Bensaude, de plus elle est lisse et arrondie, allongée suivant l'axe de l'intestin, en général nettement limitée aux deux extrémités, souvent plus ou moins mobile, parfois se laissant saisir et déplacer, d'autres fois bloquée et adhérente, enfin symptômes auxquels Bensaude accorde une grande valeur « variation sensible au cours d'examen répétés : augmentation considérable de la tumeur en période aiguë douloureuse, brusque diminution dans l'intervalle des crises ».

La tumeur sigmoïdienne est en général inaccessible au toucher recto-vaginal ; la rectoscopie ne donne le plus souvent aucun renseignement, la radiscopie sera toujours adjointe.

L'évolution est longue, compliquée de crises plus ou moins rapprochées de subocclusion ; finalement du fait de la stercoremie, l'état général s'aggrave et le malade évolue vers la cachexie si l'on n'intervient pas à temps.

---

## Diagnostic

---

Dans toutes ces formes de sigmoïdites le diagnostic est extrêmement difficile pour de nombreuses raisons :

Le tableau clinique n'est pas net, il n'y a pas de symptôme pathognomonique, la sigmoïdite simule souvent une affection autre du colon, en particulier le cancer.

Les affections extra-intestinales peuvent donner une symptomatologie analogue, tels l'appendice à gauche, les suppurations péricoliques d'origine génitale ou d'origine néoplasique.

On peut y songer sans l'affirmer : en général, on opère sans diagnostic précis et ce dernier n'est fait qu'au cours de l'intervention. Souvent même en voyant les lésions, on hésite entre sigmoïde et cancer du colon gauche, abcès d'origine appendiculaire ou d'origine génitale utéro-annexielle chez la femme.

Pour faire le diagnostic, les méthodes physiques ont peu de valeur :

a) *L'examen radiologique* après lavement opaque montre parfois la sténose (constatation de coudures,

de rétrécissements sur l'anse), mais ne peut pas nous fixer sur son origine.

b) La *rectoscopie* est souvent impossible, si les lésions sont haut situées. Cependant dans certains cas, on peut apercevoir une muqueuse rouge, tomenteuse, plissée *sans ulcérations*, non saignante, sans bourrelet œdémateux comme dans le cancer. Bensaude a pu voir l'orifice du diverticule.

Suivant les formes anatomo-cliniques, le diagnostic variera :

a) Dans les *sigmoïdites aiguës simples* : on fait en général facilement le diagnostic de colite aiguë, cependant le diagnostic reste à discuter avec la crise d'appendicite à gauche. Très souvent on en a fait la preuve et on est intervenu.

b) Dans les *sigmoïdites suppurées* : on trouve le plus souvent aisément la collection purulente, c'est d'ailleurs là la seule question pratique importante, néanmoins il existe des formes torpides rétro-péritonéales où il est difficile de prendre position.

Quant à la cause, on aura à éliminer les abcès autour d'un cancer infecté du colon, l'appendicite à gauche avec abcès, le phlegmon périnéphrétique, la salpingite suppurée, quelquefois la tuberculose entéro-péritonéale.

Même à l'intervention, il est très difficile de conclure fermement à l'origine sigmoïdienne de l'abcès : on ouvre, du pus s'écoule, on ne sent rien dans la profondeur, on ne peut dire d'où vient le pus.

c) Dans les *sigmoïdites perforantes avec péritonite*, on fait le diagnostic de péritonite par perforation,

mais presque toujours on ne connaît pas l'origine de la perforation, on pense le plus souvent à l'appendice, à l'estomac ou à la vésicule biliaire.

On intervient, on ne trouve rien à ces divers organes, c'est parfois en explorant minutieusement qu'on découvre la perforation sigmoïdienne.

d) Dans les *sigmoïdites hypertrophiques et sténosantes*, le diagnostic présente également de nombreuses difficultés, on a des signes de tumeur et de sténose avec subocclusion. On pourra penser à un stercorome, à la syphilis ou à la tuberculose du colon.

Mais, en pratique, un seul diagnostic se discute, c'est celui de sigmoïdite chronique avec le cancer du colon ilio-pelvien.

Schématiquement on a dit que :

a) Dans la sigmoïdite, l'évolution se fait par poussées aiguës ; la tumeur est de volume variable suivant qu'on est dans une période de crise ou d'accalmie, en outre elle serait d'apparition tardive, les hémorragies n'existent pas. L'état général reste longtemps bon sans cachexie et son évolution est d'une durée importante.

b) Dans le cancer l'évolution est au contraire continue, avec hémorragies et sécrétions abondantes, la tumeur est plus petite, plus fixée, moins limitée, de plus elle est invariable, la cachexie est rapide.

Mais, en pratique, le diagnostic est impossible, car aucun signe n'est caractéristique et ne permet d'affirmer la nature inflammatoire de la tumeur, d'ailleurs le plus souvent on ne fait pas le diagnostic clinique, on le fait à l'intervention ou par l'examen histologique.

D'autres fois le diagnostic s'affirme par l'évolution post-opératoire : on a trouvé une tumeur jugée inextirpable : on s'est contenté de faire un anus de dérivation et ultérieurement on est étonné de voir disparaître les signes palpables de tumeur ; la difficulté du diagnostic explique pourquoi cette opération qu'on croyait palliative et qui est en réalité curative, a donné des guérisons dans les cas supposés cancer.

En résumé : difficulté du diagnostic clinique et même opératoire : c'est pour cela que tous les auteurs ont enlevé les sigmoïdites pensant faire l'exérèse de cancers : la preuve fut faite par l'examen histologique.

---

## Traitement

---

L'étiologie, la pathogénie des sigmoïdites primitives ou secondaires sont à l'heure actuelle nettement élucidées, mais le traitement fait l'objet de controverses nombreuses et l'unanimité n'est pas faite sur l'application de telle ou telle thérapeutique chirurgicale. Sans doute il faut connaître, pour expliquer l'opinion disparate des auteurs, la diversité des causes des lésions sigmoïdiennes, la multiplicité des manifestations de l'inflammation du segment intestinal iléo-sigmoïdien.

Pour la clarté de l'exposé, nous considérons le traitement chirurgical dans les différentes formes de sigmoïdites et péricolites.

Nous serons brefs sur les sigmoïdites à étiologie connue (sigmoïdites syphilitique, dysentérique, etc.) et sur les sigmoïdites secondaires à une lésion de voisinage ; nous étudierons plus longuement le traitement de la sigmoïdite vraie, lésions inflammatoires de ce segment intestinal dont les manifestations

cliniques variées ouvrent la porte aux discussions les plus complexes.

*a) Sigmoidites spécifiques.*

Elles sont avant tout d'ordre médical, le traitement spécifique des affections en cause suffit à venir à bout des lésions à maximum sigmoïdien.

Les actions locales (lavements antiseptiques en particulier) sont des adjuvants qui permettent la guérison. D'ailleurs, il est exceptionnel que ces lésions appellent la mise en œuvre de la thérapeutique chirurgicale. Cependant, devant l'échec de la médication et en face de l'apparition de phénomènes graves indiquant des troubles de transit intestinal ou la formation d'une suppuration profonde, le secours du chirurgien peut être demandé.

S'agit-il de signes d'occlusion mécanique une seule intervention est de mise : l'anus de dérivation permettant de sauver le malade tout en continuant la médication.

S'agit-il de signes de collection purulente péricolique, c'est l'exploration, le drainage qui s'imposent sans délai. Nous rapportons une observation de sigmoïdite dysentérique ayant donné lieu à une suppuration péricolique (observation n° 1). A l'ouverture de la collection, on ajouta une cœcostomie, le malade guérit. Nous exposerons plus loin les raisons de cette dérivation. Ici, il semble qu'il était impossible de songer à faire autre chose qu'un drainage et inutile de penser à une résection, le malade ne présentant plus aucun phénomène pathologique.

b) *Périsigmoïdites de voisinage.*

Les plus fréquentes sont consécutives aux lésions utéro-annexielles. M. Tixier dans la thèse de Burlaton a montré la fréquence des troubles sigmoïdiens consécutifs aux annexites gauches et a étudié les formes anatomiques de la réaction sigmoïdienne et périsigmoïdienne.

La recherche systématique de ces lésions chez la femme à transit intestinal défectueux, donne des résultats positifs dans un nombre vraiment impressionnant de cas. Cette notion d'interdépendance, de périviscérite, est d'acquisition récente.

Dans la majorité des cas, il suffit d'enlever le foyer générateur de l'infection intestinale pour voir disparaître les phénomènes iléo-sigmoïdiens. Cependant M. Tixier propose d'agir sur le tractus intestinal dans les formes hypertrophiantes. C'est à cette dernière éventualité que M. Delore a dû avoir à faire dans notre observation N° 2 : Malgré l'hystérectomie préalable, il pratiqua un anus de dérivation pour parer aux accidents occlusifs qui menaçaient d'entraîner la mort de la malade. De ce fait, la lésion mise au repos a progressivement retrocédé et le transit intestinal a pu se rétablir normalement.

c) *Sigmoïdites vraies.*

C'est à propos de celles-ci que le problème thérapeutique est le plus complexe : ce n'est, en effet, qu'à l'occasion de phénomènes aigus, de complications graves que l'on est appelé à intervenir.

Sans doute la sigmoïdite a des manifestations bé-

nignes et chroniques qui pourraient donner lieu à une thérapeutique dont les succès seraient plus faciles, mais en général, elle n'est pas décelée à cette période et on agit comme dans une affection intestinale banale, une colite muco-membraneuse par exemple.

Lorsque la nécessité d'une thérapeutique active se fait sentir, c'est qu'il s'agit d'un syndrome de perforation, ou de suppuration, ou enfin de sténose plus ou moins complète. Nous étudierons donc la thérapeutique à apporter à ces graves complications.

Le traitement des sigmoïdites vraies ne peut pas être univoque : à chaque manifestation clinique appartient une thérapeutique appropriée. C'est souvent en présence du syndrome clinique, ou même des lésions explorées que la décision opératoire sera prise en tel ou tel sens.

A la perforation, on a opposé la suture, l'abouchement de la perforation à la peau (M. Patel), le drainage auxquels le traitement médical était toujours adjoint. Jaboulay, Rolleston avaient tenté sans résultat de compléter cette thérapeutique par l'anus contre nature.

C'est surtout à propos des formes de diverticulites aiguës avec inflammation locale, parfois sphacèle d'un point colique que divers traitements ont été mis en œuvre montrant les tendances conservatrices ou radicales des différents auteurs.

Erdmann, Bland-Sutton, Lécène s'en tiennent, après l'extériorisation de l'anse, à l'excision de la plaque sphacelée, à la fermeture de la perforation ainsi créée.

Swinghedauw comme Lecène conseillent de se comporter en face de ces accidents sigmoïdiens comme devant une appendicite aiguë, c'est-à-dire supprimer par l'excision la lésion inflammatoire.

Doppler, Grey-Tunney, considèrent que la lésion intestinale est plus étendue qu'elle ne le paraît, et opposent à la simple excision la résection intestinale primitive.

Dans un cas de colite aiguë avec plaques de sphacèle (observation N° 3) M. Delore s'est contenté, après avoir exploré les lésions et jugé sans doute qu'une résection eut été fatale étant donné l'état général du jeune malade, de placer un drain au contact du sigmoïde. Il a ajouté un anus complémentaire sur le transverse. Le malade a guéri en quelques semaines, après avoir présenté une fistule sigmoïdienne provoquée par la chute de l'escarre.

Dans les formes suppurées, le drainage est la seule intervention locale qui soit de mise.

Dans les formes pseudo-néoplasiques entraînant des troubles du transit intestinal, le traitement par l'excision, la résection, est préconisée par Lecène.

Il semble que la fistulisation ait été réservée aux formes occlusives et considérée comme intervention en dernier recours. Les auteurs n'ont pas été aiguillés vers une dérivation externe comme traitement de la sigmoïdite.

Erdmann, Bensaude ont pratiqué la colostomie dans les occlusions aiguës du sigmoïde. Seul Loc-

khardt Mummery semble se rallier à la colostomie, traitement curatif.

Swinghedauw dit que la colostomie est une intervention palliative sans valeur curative.

Quant à la dérivation interne, iléo-sigmoïdostomie ou colo-colostomie, sa pratique en milieu infecté est, de l'avis de tous les auteurs, tellement grevée par une lourde mortalité qu'il semble qu'elle soit l'intervention condamnable par excellence.

Dans le traitement des sigmoïdites vraies, la dérivation externe par anus colique ou cœcal tient une place infime. Les chirurgiens l'ont réservée à l'occlusion aiguë, elle fut pour eux une opération palliative. Cependant Jaboulay signale un cas de guérison d'une sigmoïdite perforée, par l'anüs de dérivation.

M. Delore a constaté les bienfaits de l'anüs contre nature tant les manifestations aiguës que chroniques de cette affection.

L'utilité de cette mesure thérapeutique est évidente dans l'observation n° 3 : la fistule sigmoïdienne créée à la faveur de la chute de l'escarre s'est spontanément obturée grâce à la dérivation des matières par l'anüs cœcal ; de même dans plusieurs observations, dans la forme pseudo-néoplasique également, et en l'absence de phénomènes aigus d'arrêt du cours des matières, la guérison a été obtenue par cette intervention bénigne et s'est montrée durable.

Dans les formes aiguës la colostomie a l'avantage de mettre au repos les lésions et permet ainsi la disparition progressive des phénomènes inflammatoires au niveau du sigmoïde.

Dans les formes chroniques pseudo-néoplasiques, l'anús contre nature, souvent pratiqué comme premier temps d'une résection de la tumeur estimée cancéreuse entraîne la diminution des phénomènes inflammatoires, le rétablissement du transit intestinal normal et signe ainsi par son évolution la nature de l'affection. MM. Delore et Lockhardt Mummery ont pu constater des guérisons absolues après de nombreuses années. En outre des examens endoscopiques ont été faits après cette intervention et ont montré à la fois l'intégrité de la muqueuse et la souplesse de ce segment du conduit intestinal.

La présence d'un diverticule n'exclue pas cette conclusion, d'ailleurs la fréquence des diverticules contraste avec la rareté des accidents diverticulaires.

La laparotomie exploratrice est toujours indispensable ; en général après cette intervention locale, la pratique de l'anús transverse paraît plus simple.

M. Delore pratique volontiers cette méthode qui, lui permet de profiter de son incision première et de situer l'anús assez loin de la lésion pour ne pas être gêné ultérieurement si une deuxième intervention était reconnue nécessaire.

La cœcostomie est réservée aux cas où la dérivation semble utile dans un deuxième temps, au cours des suites opératoires mouvementées.

Il n'est pas besoin de faire un anus définitif, la simple fistulisation de l'intestin suffit à dériver le cours des matières. Dans cette fistule on place une sonde de gros calibre permettant de recueillir les déjections. Le procédé de Fontan invaginant les lèvres de la plaie opératoire dans la lumière intestinale pa-

raît propre à faciliter une fermeture spontanée (comme en témoignent quelques-unes de nos observations), diminuant de ce fait les inconvénients que la majorité des auteurs reprochent à l'anus de dérivation.

---

## Observations

---

N° 1. — *Colite dysentérique. Colostomie. Amélioration progressive.*

M.... Emile, 57 ans, cultivateur, entre à l'Hôtel-Dieu, le 24 juin 1922 pour douleurs rectales et diarrhée, ayant débuté il y a 2 mois. Bonne santé jusqu'en 1912. A cette date, notre malade a présenté les mêmes symptômes que ceux qui l'amènent aujourd'hui : diarrhée, douleurs rectales, sang dans les selles, grand amaigrissement. Il est traité à Genève par des lavements. Tout rétrocede pour reparaitre, après une accalmie de 7 ans cad en 1919. Soigné par la même thérapeutique l'affection s'améliora progressivement.

Il y a 2 mois s'installe un syndrome douloureux abdominal avec anorexie d'abord, puis diarrhée consécutive : les selles sont très minimes et très fréquentes, (trente-cinq la nuit dernière), contiennent du sang noirâtre et des raclures de muqueuse, et sont accompagnées d'épreintes, de tenesme et de douleurs abdominales. Il a maigri de 20 kgrs depuis deux mois. Ni sucre, ni albumine.

A l'examen : douleur à la palpation de la fosse iliaque gauche et de l'épigastre. Le toucher rectal pratiqué est très pénible pour le malade : on sent surtout à la partie

antérieure du rectum de petites granulations molles, en choux-fleur ; si le doigt est enfoncé plus profondément on perçoit une induration. En somme d'après l'ensemble de cet examen on a les signes habituels d'un néoplasme du rectum.

Le 29 juin 1922. *Intervention* : colostomie iliaque gauche, on tombe sur un intestin très épaissi et à l'intérieur on trouve des polypes muqueux avec tous les signes habituels des inflammations chroniques.

L'examen des selles pratiqué deux fois par le laboratoire de parasitologie fut négatif.

Il quitte l'hôpital légèrement amélioré, en juillet 1922.

En avril 1923 : deuxième séjour motivé par la persistance d'une fistulette au niveau de la colostomie et dont il souhaiterait la fermeture : la dysenterie existe toujours : sept à huit selles par jour sans épreintes ni tenesme. Le malade va bien mieux, son poids a augmenté de neuf kgr. environ, quelques douleurs vagues de temps en temps.

Le 13 avril 1923 : enterorrhaphie latérale à trois plans de suture au calgut la muqueuse présente toujours des papillomes enflammés, mais en bien moins grande quantité.

N° 2. — *Périsigmoïdite d'origine utéro-annexielle.*

*Incision et drainage d'un abcès par le cul de sac de Douglas. Cœcostomie. Guérison.*

B.... Anna, 48 ans, entre dans le service le 1<sup>er</sup> avril 1924, pour un syndrome douloureux abdominal. A déjà été opérée à de multiples reprises par M. Delore pour un phlegmon ischio-rectal. En janvier 1922 : ablation d'un polype utérin. Depuis bonne santé, la malade est réglée normalement.

L'affection actuelle remonte à dix jours environ : sen-

sation de froid, puis violentes coliques abdominales avec constipation opiniâtre suivie de diarrhée d'apparence dysentérique. Ce syndrome de subocclusion se calme, mais il persiste une douleur assez violente dans la fosse iliaque gauche, diminuant par les applications chaudes.

*A l'examen* : on détermine une vive douleur au niveau de l'annexe gauche et on sent en ce point par le toucher vaginal une assez grosse collection. La température est à 38°.

Le 2 avril 1924, on intervient par une laparotomie sous-ombilicale. Il s'agit de fibromes multiples de l'utérus avec salpingite bilatérale, adhérente dans le cul de sac de Douglas. On pratique une castration subtotale sans incident.

A la fin de l'opération, on s'aperçoit que la tumeur qu'on avait décelé à l'examen clinique dans le cul de sac latéral gauche est une induration de l'S. iliaque, induration, de 5 à 6 cm. de long au maximum et qui pourrait facilement être resequée si elle venait à persister. On a l'impression qu'il ne s'agit pas d'une tumeur, mais d'une inflammation sigmoïdienne primitive ou secondaire à la salpingite.

Le 16 avril 1924, la malade continue à souffrir de la fosse iliaque gauche. Elle présente des selles diarrhéiques légèrement sanglantes après expulsion de matières solides plus ou moins déformées. La température oscille entre 38° et 39°.

On intervient à nouveau, le 19 avril 1924 : on fait un anus artificiel iliaque droit : une cœcostomie à la Fontan. Par le toucher vaginal, on sent une induration dans le cul de sac postérieur, on pratique une incision vaginale : il s'écoule un demi verre de pus.

Le 28 mai 1924 : la malade quitte le service après lui

avoir prescrit des lavages antiseptiques ; elle est apyretique et les plaies opératoires sont à peu près cicatrisées.

Elle revient le 20 janvier 1927, pour une fistule cœcale qu'on traite par l'ignipuncture. Le 10 avril 1927 : la malade revient se faire examiner : la guérison est complète, l'état général étant parfait, elle a repris douze kilogr. Le toucher rectal est négatif.

N° 3. — *Sigmoïdite gangréneuse avec péritonite de voisinage. Incision. Drainage et colostomie transverse. Guérison. Cure radicale de l'anus colique.*

Enfant âgé de 14 ans, a été pris brusquement il y a cinq jours, d'accident péritoneaux avec température à 40°, vomissements bileux et douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Le 29 septembre 1923, il est vu par M. le Dr Delore dans un état grave : le pouls est à 120°, la température à 39,6, le meteorisme est appréciable.

A la palpation, on réveille de la douleur dans tout l'abdomen avec maximum dans la fosse iliaque gauche où l'on perçoit un certain degré d'empatement allongé dans le sens de l'S. iliaque. Il ne s'agit pas cependant de boulin et l'on rejette le diagnostic d'invagination.

Cet enfant était sujet depuis quelques années à des troubles digestifs mal définis ; depuis cinq jours il est atteint de diarrhée séreuse assez abondante avec coliques.

Au toucher rectal : on sent à bout de doigt une induration légère et on perçoit un œdème accentué de la muqueuse rectale.

Tous ces signes, joints à la douleur provoquée par la pression du doigt rectal indique une péritonite pelvienne dont la cause cependant reste discutable. L'opération est urgente et on la pratique aussitôt.

La laparotomie latérale iliaque gauche conduit sur un colon pelvien rouge, induré et entouré d'épiploon adhérent, la lésion s'étend jusqu'au fond du cul de sac de Douglas. Autour du colon : liquide séro-purulent d'odeur infecte. Après l'avoir étanché, on voit sur l'S. iliaque trois plaques verdâtres de gangrène, au niveau desquelles la paroi intestinale est amincie. En aucun point, on n'aperçoit de diverticules ; on se contente de placer deux petites mèches, au contact des plaques de gangrène et d'y laisser un drain avec la pensée qu'à la chute des escarres s'établira une fistule colique.

En outre dans le but de mettre la lésion au repos, on pratique, à la partie supérieure de l'incision, une colostomie transverse à la Fontan avec une grosse sonde rectale.

Les suites furent favorables : la température persista pendant dix jours et cessa lorsqu'à la chute des escarres s'établit dans le bas de l'incision une fistulette par laquelle ressortait l'eau du lavement introduit par l'anus normal. Par ailleurs, l'anus transverse fonctionne parfaitement, les matières fécales ne sortant jamais par l'anus normal, si bien qu'au bout d'un mois la fistule inférieure se tarit sans incident et l'enfant guérit en conservant un anus transverse.

Pendant plus de deux mois, on s'assure par des lavements quotidiens de la perméabilité du bout inférieur, elle paraissait normale. Aussi on procéda le 13 janvier 1926 à la cure radicale de cet anus colique transverse.

Elle fut obtenue par la méthode intra-péritonéale suivie d'entérorraphie à trois plans de catgut, en ayant soin d'établir la suture transversalement.

Suites simples : guérison maintenue parfaite jusqu'au

1<sup>er</sup> juin 1927 (à noter qu'on a jamais pu trouver de parasites dans les selles).

N° 4. — *Sigmoïdite chronique avec obstruction. Colostomie transverse en deux temps. Guérison. Cure radicale de l'anus contre nature.*

Femme âgée de 44 ans. Depuis six mois sans raison apparente, elle souffre de coliques et de diarrhée, a maigri. Il y a quinze jours, elle a senti dans la fosse iliaque gauche une tumeur.

Le 10 septembre 1924, elle est présentée au D<sup>r</sup> Delore qui constate en effet dans la fosse iliaque gauche une masse dure, allongée dans le sens de l'S. iliaque cad oblique de haut en bas et de dehors en dedans, et longue de dix à douze centimètres. La dureté rappelle celle du cancer ; toutefois en l'absence des hémorragies, en raison de l'état général assez bien conservée, on ne rejette pas la sigmoïdite. La température est de 38° le soir.

Le 12 septembre 1924 : Laparotomie iliaque gauche. On tombe sur un S. iliaque induré sur une longueur de dix à quinze centimètres : ses parois sont cartonnées, son meso est infiltré, raccourci : l'organe a perdu toute mobilité, si bien qu'une résection ne paraît pas praticable. Après la résection de la zone indurée, il semble du reste que le rapprochement des deux bouts serait fort difficile, sinon impossible. L'incision est refermée, puis, par une incision médiane sous-ombilicale on établit en deux temps une colostomie transverse avec pont cutané ; le second temps, soit la section de l'intestin étant faite le 14 septembre. A noter qu'une ileo-colostomie, au-dessous de la tumeur semble des plus dangereuses. Les suites furent simples.

Restait à savoir qu'elle était la nature de la lésion du colon. Le temps se chargea de ce soin : trois mois après l'opération, toute tumeur avait disparu : une exerèse n'offrait plus aucun intérêt, d'autant moins que les lavements administrés par le bout inférieur de l'anus artificiel ressortaient aussitôt par l'anus normal après avoir provoqué une colique. Les lavements par l'anus normal sortaient sans aucun délai par le bout inférieur de l'anus colique. Etant donné cette restauration du calibre intestinal, on se décida donc de pratiquer la cure radicale de l'anus artificiel. L'état général était parfait.

Le 18 avril 1923 : cure radicale de l'anus par la méthode intrapéritonéale. Après avoir sectionné le pont de peau qui séparait les deux orifices, on entre dans le péritoine. Les deux bouts attirés au dehors sont avivés, puis suturés l'un à l'autre bout à bout par 3 plans de suture au catgut.

Enfin le péritoine est refermé : les plans superficiels sont rapprochés avec des fils d'attente qui furent serrés quatre jours plus tard.

Guérison sans incident. La malade jouit en mai 1927 d'une santé parfaite.

N° 5. — *Sigmoïdite chronique. Laparotomie exploratrice. Guérison progressive.*

Homme âgé de cinquante ans, vient consulter en mai 1921 pour des troubles digestifs caractérisés par des coliques après les repas et par une constipation suivie de débacle diarrhéique.

Depuis plus de deux ans, il se plaint de ces accidents, mais ce n'est que dans ces dernières semaines qu'il a remarqué que la douleur était plutôt maxima dans la fosse iliaque gauche. Il a consulté alors un médecin qui a con-

seillé une radiographie du gros intestin après lavement bismuthé.

Cette radiographie fut des plus démonstratives : elle montre en effet une sténose de l'S. iliaque s'étendant du promontoire à 7 ou 8 cm. au-dessous dans la fosse iliaque. Le calibre est très réduit et paraît ne devoir admettre qu'un crayon de dimension moyenne.

La palpation à ce niveau révèle une corde un peu indure, mais pas de sensation de tumeur vraie. Pas de parasites dans les selles.

Cet homme a maigri d'abord, il y a 2 ans, puis il a repris du poids pendant quelques mois, il y a un an ; l'amaigrissement, les coliques ont réapparu depuis six mois et tout travail a été suspendu. On fait le diagnostic de sigmoïdite chronique.

Le 25 mai 1921, laparotomie iliaque gauche (M. Delore). On tombe sur l'S. iliaque rétréci et cartonné sur une longueur de 6 à 8 cm. et adhérent à la fosse iliaque avec un meso infiltré et rétracté. L'inflammation s'étend loin à distance, si bien qu'un décollement paraît dangereux et même impraticable. Devant cette fixation de l'anse malade, on juge plus prudent d'abandonner le projet de réséquer l'intestin et le ventre est refermé.

La question se posait alors d'établir un anus sur le transverse, mais on préfère surseoir à cette opération, tout en prévenant le malade et sa famille qu'en cas d'insuccès il faudrait s'y soumettre. La famille est du reste très confiante et accepte cette décision.

L'opéré rentre chez lui avec un régime et pratique des lavements. Il était complètement guéri, en apparence tout au moins, au bout de six mois et reprenait son travail. Sa guérison s'est maintenu parfaite à sa dernière visite le 15 mars 1927 soit près de six ans après l'opération.

N° 6. — *Colite amibienne aiguë. Pérисigmoïdite suppurée.*

Homme âgée de 38 ans est adressé au D<sup>r</sup> Delore par le P<sup>r</sup> Cade avec le diagnostic de colite et péricolite amibienne, le 23 juin 1924.

La maladie aurait débuté, il y a vingt jours environ, par des phénomènes généraux avec température à plus de 40°, de la prostration, accompagnés d'une diarrhée abondante et fétide. Malgré une épaisse couche de graisse, on note un peu de météorisme et l'on réveille une douleur assez nette sur tout le trajet du colon descendant et de l'S. iliaque, mais on ne sent pas d'induration en raison de l'obésité. Dans les selles on a trouvé des amibes en grande quantité.

Le traitement médical n'ayant donné aucun résultat et la situation ayant empiré, on se décide à opérer le 30 juin. Ce jour-là la température atteint 40°8.

Laparotomie latérale gauche sur le bord du grand droit et au niveau de la fosse iliaque (D<sup>r</sup> Delore). On ne constate aucune suppuration péricolique, mais une infiltration et une induration remarquable de tout le colon iliaque dont le meso est lui-même infiltré et rigide sans aucune souplesse. Les parois du colon sont épaissies sur une longueur de 20 à 30 cm. et adhèrent un peu à l'épiploon qui les recouvre. L'opération est terminée par la mise en place d'un drain au contact du colon ; en outre on établit une cœcostomie large dans le but de mettre au repos le colon enflammé.

Les suites opératoires furent mouvementées comme on pouvait s'y attendre. La température persiste quoique atténuée ; par la cœcostomie s'écoule un liquide fécaloïde abondant et par l'anus des glaires et des liquides intestinaux fétides. L'amaigrissement s'accroît peu à peu.

Dans le milieu du mois d'août, il semblait cependant que l'état général avait une tendance à l'amélioration. Mais, vers le début de septembre, la température reprit ses oscillations, la douleur se précisa dans la fosse iliaque gauche, quelques vomissements bilieux apparurent. Enfin le 16 septembre on constate un plastron iliaque gauche se prolongeant vers le pubis.

Le 18 septembre, une incision pratiquée à ce niveau donne issue à une collection séro-purulente contenant des débris sphacelés et dont le fond était limité par l'S. iliaque.

Les suites opératoires furent des plus favorables. La fièvre cède en deux jours et bientôt le malade pouvait se lever et quitter la clinique. Au bout de quinze jours quelques selles se firent par l'anus. Aussi se décida-t-on vite à fermer l'anus cœcal qui, très large, avait une fâcheuse tendance au prolapsus.

Le 23 novembre : Cure radicale de cet anus cœcal par la méthode intra-péritonéale avec entérorraphie latérale à trois plans de suture au catgut. Guérison fort simple.

Depuis cette date l'opéré a des selles normales et mène une vie de travail sans aucun trouble.

N° 7. — *Symoïdite chronique. Anus de dérivation.*  
*Guérison.*

D..., Joseph, 46 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 5 novembre 1926.

Il précise que, depuis mai de cette même année, il ressent de vives douleurs dans la fosse iliaque gauche ; depuis longtemps d'ailleurs il était atteint de diarrhée et ballonnement avec douleurs vagues. Au cours des crises, il émet du sang noirâtre avec les matières.

Ces jours-ci la douleur a reparu accompagnée de mœlena peu important. Ceci l'incite à venir consulter. Une radiographie pratiquée aurait révélé un ulcère colique.

Le 9 novembre 1926 : la parotomie sous-ombilicale. On tombe sur une paroi infiltrée de graisse et sur un colon pelvien dont le meso est tellement infiltré qu'il est méconnaissable ; malgré une palpation très minutieuse, on n'arrive à sentir aucune lésion.

On fait un anus contre nature sur le colon pelvien, mais, en raison de surcharge graisseuse, il est impossible de faire un anus à pont, donc anus latéral en deux séances. L'ouverture est pratiquée quarante-huit heures après.

Le 16 novembre, la rectoscopie à 28 cm. ne montre rien (Pr Cade). Sort le 18 novembre guéri. Revu en avril 1927 en bonne santé.

N° 8. — *Périsigmoïdite. Cœcostomie. Iléo-sigmoïdostomie. Guérison. Cure radicale de l'anus cœcal.*

D..., Vincent, 70 ans, envoyé d'urgence à l'Hôtel-Dieu le 8 janvier 1923 pour troubles intestinaux avec température élevée.

(Pr Savy). Rien de spécial dans les antécédents héréditaires et collatéraux : à noter une fille morte de tuberculose sur quatre enfants vivants bien portants.

Notre malade est un emphysémateux ayant eu jusqu'à ces jours-ci aucun trouble du côté de son appareil digestif.

Progressivement et depuis quelques semaines seulement s'est installé une constipation opiniâtre qui nécessitait l'emploi de purgatifs et de lavements. Pourtant il allait quotidiennement à la selle, mais il n'émettait que des glapiers sans émission sanguine. Depuis 10 jours

il ressent une légère douleur iliaque gauche et une masse profonde indolente à la palpation. Un épisode pulmonaire aigu s'est greffé sur cette affection (foyers bronchopneumoniques).

A l'examen : l'abdomen est uniformément meteorisé, sans sondes péristaltiques, ni contraction pariétale. On perçoit une masse dans la fosse iliaque gauche blindant la paroi, orientée parallèlement au pli de l'aîne, du pubis à la crête iliaque sur 20 cm. environ de longueur et sur un travers de main de largeur. La palpation est presque indolente sauf à la partie toute supérieure où l'on décèle une zone de douleur exquise sur quelques centimètres carrés.

Le toucher rectal montre une ampoule rectale vide au-dessus d'un périnée extrêmement résistant. Le malade n'est pas allé spontanément à la selle depuis 8 jours. Il n'y va que par lavements et n'émet de gaz qu'à ce moment.

Le 26 janvier 1923 : au niveau de la fosse iliaque gauche, la réaction inflammatoire du début a diminué considérablement, on peut actuellement délimiter avec précision les contours d'une tumeur plus dure, plus localisée et moins sensible, parallèle à l'arcade crurale et dont on accroche très facilement l'extrémité antéro-interne. A ce niveau la douleur est vive, atténuée cependant depuis quelques jours.

Les évacuations alvines se font par lavements tous les deux jours et sont très abondantes.

Le malade passe dans le service du Dr Delore pour évacuation de l'abcès péricécal le 27 janvier 1923.

A l'entrée : masse dans la fosse iliaque gauche et température. On intervient le 29 janvier 1923 par la parotomie iliaque gauche. En décollant le colon sigmoïde

adhérant à la paroi, on tombe sur une grosse collection purulente de couleur chocolat et d'odeur fétide, on met deux mèches. Plus tard il y aura lieu d'inciser à nouveau pour connaître la cause exacte de ces phénomènes inflammatoires.

Le 17 février 1923 : on pratique une cœcostomie et l'intestin est fixé à la peau, mais non ouvert.

Le 27 mars 1923 : la parotomie sous-ombilicale médiane. L'exploration montre qu'il n'y a pas de cancer dans la fosse iliaque gauche, on ne sent aucune induration qui autorise d'y songer. Il y a des matières dans le bout inférieur. Avant de fermer définitivement, on estime plus prudent de faire une anastomose entre la dernière anse grêle et la portion inférieure du colon pelvien. Cette anastomose est établie latéro-latérale à trois plans de suture au catgut. Fils d'attente sur la paroi.

Le 3 avril 1923 : cure radicale sans incident de l'anus cœcal par enterorrhaphie latérale à trois plans. On laisse un petit drain.

Le malade sort guéri le 8 mai 1923.

---



## Conclusions

---

1° La sigmoïdite est une colite segmentaire iliaque due à l'inflammation le plus souvent primitive du colon ilio-pelvien par la flore microbienne de la cavité intestinale, parfois secondaire à une affection de voisinage.

2° La pathogénie de localisation de l'infection sur le segment colique est expliquée par l'existence de particularités anatomiques (diminution de calibre, coudure resto-sigmoïdienne, présence de diverticules) et physiologiques (stase stercorale et exaltation de la virulence microbienne).

3° Au point de vue anatomo-pathologique : il n'y a pas d'ulcération de la muqueuse à la coupe.

4° Cette affection peut se présenter sous plusieurs formes qui sont par ordre de fréquence : la perforation avec péritonite aiguë généralisée, l'abcès péricolique, la forme sténosante hypertrophique pseudo-néoplasique.

5° Le diagnostic est très difficile cliniquement, on y songera en face de la douleur et d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche, de la température, des signes fonctionnels et radiologiques de subocclusion, enfin et surtout devant la persistance d'un état général bien conservé.

Le plus souvent on aura à éliminer le cancer intestinal quelquefois la tuberculose entero-peritoneale, une affection utero-annexielle chez la femme.

6° La thérapeutique des sigmoïdites est encore imprécise en raison des modalités cliniques de l'affection.

a) La sigmoïdite perforée nécessite l'exploration d'ailleurs souvent infructueuse du foyer necrosé et le drainage.

b) La sigmoïdite suppurée, l'ouverture simple de la collection (la conduite variant avec la localisation) et le drainage sans manœuvres intestinales.

c) En outre (et à plus forte raison dans la forme stenosante) on pratiquera un anus artificiel (cœcostomie ou colostomie à la Fontan) qui a l'avantage d'une dérivation suffisante et souvent d'une fermeture spontanée et qui, par son rôle de mise au repos de l'intestin, donc en évitant la coprostase et l'infection concomitante verra retrocéder les phénomènes pathologiques d'inflammation signant ainsi par son évolution la nature de l'affection.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
L. BÉRARD.

*Vu :*  
LE DOYEN,  
Jean LÉPINE.

*Vu et permis d'imprimer :*  
Lyon, le 9 Juin 1927.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
GHEUSI.

---

## Bibliographie

---

BENSAUDE, CAIN et HILLEMAND : « Les diverticules du gros intestin », *Annales de Médecine*, mai 1923.

BRUN : « Sigmoidites post-dysenteriques », Société de chirurgie de Paris (1922).

BURLATON : « Péricolite gauche d'origine gynécologique », Thèse 1919.

GUILLAUME Louis : « Sigmoidites et përisigmoidites », *Archives médico-chirurgicales de Province*, 1909.

Küss : « Rétrécissements péricoliques pelviens spécialement chez la femme », Thèse Paris 1909-1910.

LECÈNE et LERICHE : Thérapeutique chirurgicale.

DE MOURGUES : « Diverticules acquis de l'S. iliaque », Thèse Lyon 1913.

PATEL : « Chirurgie du colon pelvien, cancer excepté », Rapports au congrès de Chirurgie 1913.

PATEL : « Sigmoidite perforante avec peritonite aiguë généralisée », *Lyon Chirurgical* 1911, Page 121.

PATEL : « Sigmoidite perforante », *Lyon Chirurgical*, mars 1912.

POULAIN : « Sigmoidites et përisigmoidites », *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1910.

REGNIER : « Sigmoidites suppurées », Thèse Lyon, 1897.

SAILLANT : « Sigmoidites et përisigmoidites », Thèse, Paris 1906-1907.

SANTY, TAVERNIER, TIXIER, VILLARD : « Sigmoidites à forme pseudo-néoplasique », *Lyon Chirurgical*, 1926, N° 3.

SWINGHEDAuw : « Diverticules du gros intestin », *Journal de Chirurgie*, juillet 1926.

TREMOLIÈRES et OLIVIER : « Périviscérités », *Journal médical français*, février 1926.

VERDENAL : « Sigmoidites », Thèse, Lyon 1906.

## Table des Matières

---

|                                    | Pages |
|------------------------------------|-------|
| AVANT-PROPOS .....                 | 6     |
| <i>Généralités</i> .....           | 9     |
| <i>Pathogénie</i> .....            | 11    |
| <i>Anatomie pathologique</i> ..... | 13    |
| <i>Etude clinique</i> .....        | 21    |
| <i>Diagnostic</i> .....            | 27    |
| <i>Traitement</i> .....            | 31    |
| <i>Observations</i> .....          | 39    |
| CONCLUSIONS .....                  | 53    |
| BIBLIOGRAPHIE .....                | 55    |

---



